

LA TUBERCULOSE CHIRURGICALE
DE L'INTESTIN GRÊLE
A FORME STÉNOSANTE
(A PROPOS D'UN CAS EXCEPTIONNEL)

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1921

PAR

M. TCHERNIAVKE

Né à Odessa (Russie), le 15 Juillet 1889

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		TEDENAT, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE.
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

LA
TUBERCULOSE CHIRURGICALE
DE L'INTESTIN GRÈLE
A FORME STÉNOSANTE
(A PROPOS D'UN CAS EXCEPTIONNEL)

LA TUBERCULOSE CHIRURGICALE DE L'INTESTIN GRÊLE A FORME STÉNOSANTE

(A PROPOS D'UN CAS EXCEPTIONNEL)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1921

PAR

M. TCHERNIAVKER

Né à Odessa (Russie), le 15 Juillet 1889

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président*.
TEDENAT, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DEBRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
		MARGAROT.			GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)	Histoire natur. {		CABANNES.
Histologie		GRYNFELTT	Chimie		MESTREZAT
			Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .		MM. RICHE, agrégé.
TEDENAT, professeur.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

ET

A MES MAÎTRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ET DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Je ne saurais oublier aujourd'hui que j'ai fait toute la guerre
auprès de mes frères Français, avec eux j'ai été blessé et la
France, en me permettant d'exercer la médecine chez elle,
me récompense généreusement. Qu'elle soit remerciée de ce
geste qui m'honore profondément et dont je suis très touché
et très fier.*

M. TCHERNIAVKER.

LA TUBERCULOSE CHIRURGICALE

DE L'INTESTIN GRÈLE A FORME STÉNOSANTE

(A PROPOS D'UN CAS EXCEPTIONNEL.)

On observe au niveau de l'intestin grêle deux sortes de lésions tuberculeuses : une forme étendue, l'entérite tuberculeuse, qui relève de la médecine, et les formes localisées sur lesquelles la chirurgie possède des moyens d'action. Nous étudierons ces formes localisées, qui se présentent sous des aspects cliniques variés, à propos d'un cas extrêmement intéressant opéré par notre Maître, M. le Professeur Estor. Alors qu'on observe classiquement des ulcérations tuberculeuses, des sténoses cicatricielles, une forme hypertrophique comparable à la tuberculose hypertrophique iléo-cœcale, M. le Professeur Estor a enlevé *une véritable tumeur limitée, sans hypertrophie du tube intestinal*, présentant absolument les caractères du cancer. L'histoire clinique de la malade, aussi bien que l'aspect macroscopique faisaient penser à un épithélioma du grêle, tumeur d'une extrême rareté. C'est l'examen histologique seul, en montrant des lésions

typiques de tuberculose : cellules géantes très volumineuses, coloration des bacilles de Koch dans les coupes, qui a permis de poser un diagnostic exact.

Il nous a paru intéressant d'étudier ce cas très rare et de passer en revue les sténoses tuberculeuses du grêle. Nous tenons à remercier particulièrement M. le Professeur Estor qui a bien voulu nous confier son observation et accepter la présidence de notre jury de thèse.

OBSERVATION

(Professeur Estor)

M^{me} X..., âgée de 35 ans, entre dans la clinique de M. le Professeur Estor pour des symptômes d'occlusion intestinale chronique. Depuis quelques temps la malade maigrit très notablement et l'intolérance stomacale s'accroît de jour en jour, elle est presque absolue au moment de l'entrée.

La malade ne présente ni des antécédents tuberculeux, ni des signes de lésion pulmonaire.

Le 28 mai 1920, opération sous anesthésie générale à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne.

Laparotomie, on trouve une tumeur non adhérente de la fin de l'iléon. Cette tumeur est enlevée en bloc avec un coin mésentérique contenant trois ganglions de la grosseur d'un haricot.

Entérorraphie termino-terminale après diminution du calibre du bout supérieur distendu, de façon à donner le même diamètre aux deux segments suturés.

Suites opératoires normales. Au moment où la malade a quitté la clinique, le vingt-cinquième jour, elle mangeait normalement et ses digestions s'effectuaient avec facilité. Elle est actuellement en excellente santé.

La pièce une fois enlevée, on constate que la sténose est très accentuée, car, en plaçant la partie supérieure du segment intestinal enlevé sous un robinet largement

ouvert, l'eau ne filtre que goutte à goutte à travers le rétrécissement.

La pièce comprend deux parties : le bout supérieur, très dilaté mais non hypertrophié et le bout inférieur, normal en apparence. Entre les deux, se trouve le point rétréci. Extérieurement, la sténose est marquée par un sillon d'aspect cicatriciel. Le coin mésentérique épaissi contient des ganglions, il est rétracté, d'aspect cicatriciel.

Dans la cavité de l'intestin qu'il est facile d'explorer par le bout supérieur, on trouve une tumeur dure, formée de bosselures arrondies ; cette masse ferme complètement la lumière intestinale. C'est seulement en remplissant d'eau le segment susjacent qu'on remarque que la sténose n'est pas complète, mais le liquide ne filtre que goutte à goutte.

L'aspect microscopique est celui d'un cancer, l'épithélioma du grêle étant une tumeur de petit volume rapidement sténosante. L'examen microscopique, pratiqué par M. le Professeur Grynfeldt montre des lésions typiques de tuberculose, les cellules géantes sont particulièrement remarquables par leur beau volume et par le grand nombre de leurs noyaux.

Les bacilles de Koch ont été colorés dans les coupes par M. Grynfeldt.

Il s'agit d'une forme de tuberculose iléale caractérisée par une néoformation localisée, obstruant à peu près complètement la lumière de l'intestin.

HISTORIQUE

Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale ne sont connues que depuis peu de temps ; il a fallu les immenses progrès de la chirurgie abdominale pour aller diagnostiquer et opérer ces lésions. On s'intéressait surtout en clinique à l'entérite tuberculeuse, à la forme médicale de la tuberculose du grêle.

Cependant les constatations nécropsiques avait permis aux anciens auteurs de connaître certaines variétés de tuberculose localisée et déjà en 1830 Corbin avait publié deux observations de rétrécissement du grêle et en 1853 Lendet en avait observé deux cas.

En 1888, Cornil et Ranvier font entrer cette étude dans le domaine scientifique en étudiant histologiquement les lésions. Ces auteurs font remarquer que même sans ulcération l'infiltration inflammatoire tuberculeuse est capable de donner une sténose. Pilliet et Hartmann décrivent en 1891 la forme hypertrophique de la tuberculose intestinale.

C'est Koenig qui en 1892 fait entrer la tuberculose de l'intestin dans la phase chirurgicale. Dans son travail on trouve trois cas de résection du grêle pour des accidents d'obstruction causés par une lésion tuberculeuse et Czerny et Billroth décrivent ces lésions dans le courant

de la même année. — Il est bon de signaler que c'est à Koerberlé, de Strabourg, que nous devons la première résection du grêle (Académie de Paris 1880) portant sur deux mètres de l'intestin.

En 1898, Itié fait à Montpellier une très intéressante thèse sur la tuberculose intestinale hypertrophique, Il poursuit son étude en 1899 dans le *Nouveau Montpellier Médical*.

Besangon et Lapointe, puis Monnier, Motel s'occupent aussi de cette question, ce dernier relate dans sa thèse 72 cas de sténose tuberculeuse.

Suivent ensuite une série de travaux dont les plus importants sont la thèse de Patél, (Lyon 1901) qui constitue l'étude la plus complète sur cette question, les travaux de Patél et Bérard parus en 1905 et 1906 ; le rapport de Hartmann à la Société de Chirurgie (1906), de de Naucrède, de Maucclair, Lejars, de Tuffier et Martin (1907), la thèse d'Ignard (1913).

FORMES ANATOMIQUES DES STÉNOSES TUBERCULEUSES DU GRÈLE

On distingue classiquement quatre formes de sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle :

1. *Retrécissement cicatriciel.*
2. *Tuberculose hypertrophique.*
3. *Forme entéro péritonéale.*
4. *Tuberculoses multiples.*

I. RETRÉCISSEMENT CICATRICIEL

Girode a donné, dans sa thèse de 1888, une étude complète de l'ulcération tuberculeuse de l'intestin. Il a montré qu'elle est le plus souvent *circulaire*, siégeant perpendiculairement à la direction longitudinale de l'intestin. On connaît des cas d'ulcérations longitudinales, mais ils sont rares ; en pratique, on doit les considérer comme circulaires. On voit l'importance de cette notion : quand la guérison surviendra, elle entraînera une sténose plus ou moins complète soit en valvule, bride ou même diaphragme. (Les ulcérations typhiques sont, au contraire, parallèles à la direction de l'intestin.)

On a cru, pendant longtemps, que la tuberculose intes-

tinale ne pouvait pas guérir spontanément, mais les pièces nécropsiques ou opératoires ont démontré la réalité de ce processus cicatriciel. Cette cicatrisation ne peut pas se faire chez les tuberculeux pulmonaires avancés, chez les sujets cachectiques ; il faut que l'organisme soit assez résistant pour faire les frais de la réparation, d'où l'importance du bon état général des sujets (Patel). On doit tenir également grand compte de l'atténuation de la virulence des bacilles, souvent le processus tuberculeux évolue lentement et la réaction fibreuse défensive a le temps de s'organiser.

Les dimensions de la cicatrice, comme sa direction circulaire, règlent le degré de sténose, de même que la profondeur de l'ulcération a commandé l'étendue du processus fibreux.

Le siège de choix des sténoses est la terminaison de l'iléon, au voisinage surtout du cœcum. D'après Patel, dont la thèse constitue le travail capital sur les tuberculoses chirurgicales du grêle, 78 pour 100 des ulcérations siègent sur la deuxième moitié du grêle et 22 pour 100 sur la première moitié.

On connaît des ulcérations duodénales, mais on n'a pas observé de sténose cicatricielle à ce niveau.

Extérieurement, la sténose a un aspect « en ficelle », on l'a comparée à « une ligature jetée sur l'intestin ».

Le segment sus-jacent est dilaté et le segment inférieur plus ou moins atrophié, si la sténose est serrée.

Le péritoine qui revêt l'anse sténosée est blanchâtre, dépoli, d'aspect cicatriciel, sauf si la tuberculose est encore en évolution ; dans ce cas, on peut observer quelques granulations.

La palpation permet de reconnaître l'induration cicatricielle, ce qui élimine les spasmes de la muqueuse.

Vu par la surface muqueuse, le rétrécissement est très variable. Il varie évidemment avec la forme, l'étendue, la profondeur de l'ulcération originelle. C'est tantôt une simple valvule, une bride, tantôt une sténose annulaire importante. Les uns admettent facilement le doigt, d'autres ne laissent filtrer les liquides que goutte par goutte.

Certains rétrécissements peu serrés donnent des observations graves à cause du spasme, qui surajoute ses effets à ceux de la sténose. Parfois, c'est une coudure de l'anse qui aggrave les effets du rétrécissement.

Enfin, on peut observer à côté de la cicatrice, des lésions tuberculeuses encore en évolution, c'est la *forme* ulcéro-cicatricielle; parfois, les ulcérations sont simplement inflammatoires, surtout au niveau du segment supérieur.

En coupe, le rétrécissement est dilaté, triangulaire, à base péritonéale et à sommet muqueux.

Le mésentère est plus ou moins retracté, il peut contenir des ganglions envahis, surtout chez l'enfant. Si le processus est ancien, les ganglions ne sont pas hypertrophiés.

Histologiquement, la muqueuse est plus ou moins détruite, elle n'est reconnaissable par places, que par la persistance de quelques culs de sacs glandulaires. La paroi de l'intestin en totalité est envahie par du tissu conjonctif cicatriciel contenant des cellules géantes.

Une longue discussion est ouverte sur la nature de certains rétrécissements laissant la muqueuse intacte et ne présentant pas d'éléments tuberculeux : le *rétrécissement fibreux d'emblée*. On s'est demandé s'il s'agissait d'une inflammation simple ou de tuberculose. Il est probable que les deux ordres de lésions existent et qu'il y a

des retrécissements purement inflammatoires. Mais Patel et Bérard ont montré que dans des intestins tuberculeux, à côté de retrécissements bacillaires typiques, on trouve des retrécissements d'emblée qui devaient avoir la même origine.

L'intégrité de la muqueuse s'explique si le processus a débuté par la sous muqueuse.

II. FORME HYPERTROPHIQUE

Elle a été étudiée récemment par Ignard dans une excellente thèse.

La tuberculose hypertrophique du grêle est caractérisée par un mélange en proportion inégale de lésions tuberculeuses et de lésions de réaction inflammatoire. Ce processus réactionnel de défense est ici la cause des accidents, car par l'épaississement des parois, il produit les phénomènes d'occlusion.

Le volume de la lésion est variable, en général la sténose s'étend sur 5 à 6 centimètres, la tumeur a le volume d'un citron, d'une mandarine.

On peut observer plusieurs de ces formations chez le même malade. Elles siègent presque toujours sur la portion terminale de l'iléon, à proximité du cæcum. D'abord mobile, la masse s'entoure rapidement d'adhérences péritonéales. Un processus scléro lipomateux identique à celui qui s'observe dans la tuberculose hypertrophique du cæcum, soude l'anse lésée aux organes voisins : épiploon, gros intestin, anses grêles voisines, vessie, utérus. Le segment supérieur est distendu, et parfois cette dilatation est énorme. Le segment sous-jacent est plus ou moins atrophié.

Le mésentère plus ou moins rétracté contient souvent des ganglions tuberculeux typiques, — parfois en dégénérescence caséuse avancée.

À la coupe, la paroi est très épaissie, elle peut passer de un millimètre à *plus de trois centimètres*. Sa surface muqueuse est bourgeonnante, polypeuse, ces saillies sont parfois extrêmement nombreuses. Elles peuvent se détacher et former bouchon.

Le calibre de l'intestin est très diminué par l'hypertrophie des parois qui se sont développées à la fois excentriquement et concentriquement, formant un canal tortueux dont la longueur peut atteindre plus de 5 à 6 centimètres.

Ces sténoses sont moins serrées en général que les retrécissements cicatriciels. La lumière qui persiste admet le petit doigt, un crayon, une sonde cannelée, parfois cependant l'eau ne filtre que goutte à goutte à travers le point retréci.

Les ulcérations sont très fréquentes sur la muqueuse ; elles sont multiples, irrégulières, serpigineuses. Dean en a observé une qui mesurait 6 centimètres dans son grand axe. Les unes sont tuberculeuses, d'autres sont inflammatoires et reconnaissent comme cause les traumatismes répétés dus au passage difficile des matières.

À la coupe, les tuniques épaissies ont une coloration blanchâtre ou jaune grisâtre, de consistance peu ferme. Il est rare d'y observer des points caséux.

Histologiquement, la muqueuse est très épaisse, avec des ulcérations ça et là qui ont fait tomber le revêtement épithélial. On y trouve des follicules tuberculeux, de petits tubercules.

Le chorion de la muqueuse est également considérablement épaissi ; il est très infiltré par des cellules embryonnaires. C'est dans la sous-muqueuse que l'hy-

hypertrophie domine, on y voit de l'infiltration inflammatoire, des tubercules, des cellules géantes. La musculéuse est aussi infiltrée, mais à un degré moindre. La couche sous-péritonéale est envahie par du tissu fibreux et du tissu graisseux contenant des nodules tuberculeux.

En somme il s'agit d'une infiltration embryonnaire très considérable, portant sur la sous muqueuse, produisant une hypertrophie des parois dans lesquelles on retrouve des éléments tuberculeux typiques.

Dans les stades avancés, le processus défensif fibreux ou fibro graisseux peut détruire complètement les lésions tuberculeuses. La lésion sera alors histologiquement non spécifique et pourra être confondue avec un rétrécissement inflammatoire banal.

III. TUBERCULOSE ENTÉRO PÉRITONÉALE

C'est la forme qui s'observe le plus souvent chez l'enfant, elle coexiste chez lui avec de grosses adénites du mésentère.

Dans la forme entéro-péritonéale, l'intestin, péritoine et mésentère sont pris en bloc et forment une véritable tumeur, un pseudo néoplasme tuberculeux par agglutination des anses et par amas de ganglions enflammés ou caséux. On ne sait si les lésions débutent par l'intestin ou par le péritoine. Pour Baumgarten c'est l'intestin qui est d'abord malade et Kœnig trouvait 80 fois sur 100 des lésions intestinales au cours de la tuberculose du péritoine.

L'étendue plus ou moins grande des lésions sur l'intestin ou sur le péritoine fait varier les types observés et

tantôt le malade est considéré comme un entéritique, tantôt comme un péritonéal. Suivant la tendance évolutive des lésions on décrit deux types de lésions :

A. *La forme fibreuse* dans laquelle une agglomération de tissu fibreux enserre l'intestin, sans tendance à la suppuration. Le mésentère est infiltré, épaissi, la séreuse est recouverte de fausses membranes, restée de péritonite plastique.

L'intestin peut être sain, non ulcéré. Ça et là dans la cavité abdominale peuvent s'observer des brides fibreuses qui donnent à l'affection son vrai caractère : il s'agit en somme d'une tuberculose péritonéale fibreuse avec des signes de compression intestinale.

B. *La forme ulcéro-caséuse* est plus fréquente. Elle est caractérisée par l'existence de lésions sur la surface externe de l'intestin et par son évolution vers la suppuration. Intestin, péritoine, mésentère, ganglions, tout est pris.

L'intestin présente des granulations et des ulcérations, les unes en évolution, d'autres guéries et remplacées par un point sténosé. Des hypertrophies localisées donnent à l'intestin un aspect irrégulier, tantôt rétréci, tantôt très volumineux, ici atrophié, là distendu.

Le mésentère est infiltré, très épaissi et contient des ganglions volumineux et ramollis.

Le péritoine est semé de granulations, d'ulcérations, de trainées de lymphangite, de fausses membranes.

IV. RETRÉCISSEMENTS MULTIPLES

Considérés comme rares, ils constituent la majorité des sténoses multiples de l'intestin (6 p. 100), on les

observe chez les adultes jeunes (20 à 30 ans) et plus particulièrement chez les femmes.

Comme les lésions que nous venons d'étudier, ces rétrécissements siègent surtout sur la terminaison de l'iléon. Mais on en a vu sur toute l'étendue du grêle, depuis le duodénum.

Leur nombre peut être très élevé et dépasser 30. Mais plus que leur nombre c'est leur situation réciproque qui intéresse le chirurgien. Les uns sont disséminés sur le grêle, d'autres sont très rapprochés les uns des autres, fait qui a une grande importance pratique.

Leur forme anatomique dépend du stade auquel on observe la lésion, les uns sont au début de leur évolution, il s'agit encore d'une ulcération, de la forme entéro péritonéale, d'autres sont des lésions cicatricielles, des sténoses fibreuses. Enfin on observe aussi le mélange des diverses lésions : sténoses cicatricielles, brides, anses agglutinées, etc.

Pour Berger la sténose la plus inférieure serait la première en date ; les retrécissements supérieurs ne seraient que le résultat de la guérison d'ulcérations secondaires, due à la stagnation des matières dans le bout supérieur distendu. Mais les examens histologique, montrent au contraire que la tuberculose intestinale est descendante et que au dessous de lésions très avancées, anciennes, on trouve des ulcérations à la période de début, de jeunes granulations.

V. Le cas observé par M. le Professeur Estor n'entre pas dans les formes que nous venons d'étudier. Il s'agit d'une *sténose par une véritable tumeur tuberculeuse localisée*.

La sténose était marquée extérieurement par un sillon

profond d'aspect cicatriciel. Le bout supérieur était très distendu. Le mésentère était retracté, épaissi et contenait des ganglions hypertrophiés.

La lésion se trouvait dans la lumière de l'intestin sous la forme d'une masse dure, irrégulière, formée de bosselures arrondies qui obstruait à peu près complètement la lumière intestinale.

Cette forme de tumeur isolée, irrégulière faisait penser immédiatement au cancer et seul l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose. Les cellules géantes étaient très volumineuses et on a pu colorer les bacilles de Koch dans les coupes

SYMPTOMATOLOGIE

Les sténoses iléales tuberculeuses s'observent dans deux formes différentes : l'occlusion incomplète ou complète.

I. OCCLUSION INCOMPLÈTE

Le début est insidieux, on observe des troubles digestifs variés, surtout des crises de coliques très douloureuses avec douleur spéciale et fixe, c'est une sensation de torsion intestinale débutant à un point précis. Cependant la période d'ulcération qui précède la sténose peut se traduire par des signes d'entérite : diarrhée, selles sanglantes. Progressivement s'installe *le syndrome de Koenig*, caractérisé par les quatre symptômes suivants : crises de coliques, hyperpéristaltisme, bruit musicaux, débauches fécales ou gazeuses.

Voici comment Koenig décrit ce syndrome. « Avec le développement graduel de la stricture, la portion de l'intestin grêle qui se trouve plus haut se remplit, en s'élargissant, de gaz et de matières fécales. L'intestin est alors obligé de recourir à une force musculaire plus considérable pour chasser les liquides. C'est pendant cet acte que se manifeste le bruit du dégagement d'un liqui-

de par un tube étranglé. Après cette évacuation l'intestin complet s'affaisse, l'accès douloureux est fini. La colique est donc l'avant-coureur d'un acte très utile à l'aide duquel sont chassés des matières fécales à travers le point rétréci.

La colique indique donc les mouvements hyperpéristaltiques ; ceux-ci sont parfois ressentis par des malades, qui les comparent à la sensation que donnerait un serpent enfermé dans le ventre. Ces mouvements sont visibles sur la paroi abdominale.

Le ventre est ballonné, puis se produisent des bruits musicaux : glou-glou, bruit de ruisseau, miaulement du chat, etc.

La douleur augmente d'intensité, puis cesse brusquement avec une selle diarrhéique très fétide. Les vomissements ne s'observent que si la sténose est haut située.

Dans les sténoses multiples, les crises douloureuses se succèdent avec une intensité généralement décroissante ; ce sont les *coliques étagées* de Kœberlé.

A l'examen de l'abdomen, on sent parfois la tumeur, si elle est volumineuse, parfois une anse dilatée, donnant des zones sonores et des zones mates, caractéristiques de la *matité en damier*. Si une anse distendue contient du liquide on a en plus du *clapotage*.

L'examen des selles est important ; au début nous avons signalé les phénomènes d'entérite tuberculeuse, qui révèlent les ulcérations. A la période d'état, on peut observer de la constipation, mais aussi, souvent, de la diarrhée. La distention au-dessus de l'obstacle n'est pas sans irriter l'intestin, sans créer de l'hypersécrétion ; qui se traduit par la diarrhée avec mucus, glaires et sang.

Dans la forme entéro-péritonéale, la tumeur est plus facile à reconnaître. De plus, le météorisme est constant.

Les phénomènes d'occlusion sont moins marqués que dans les sténoses cicatricielles ; ils sont dus plutôt à l'irritation du péritoine qu'à une striction et prennent la forme d'une parésie intestinale étendue.

Cette irritation de la séreuse donne des vomissements fréquents et de la douleur. Celle-ci n'est pas localisée, fixe comme dans la sténose, elle est plus diffuse.

La masse intestinale est irrégulière, mal limitée et fixe. Sa consistance est inégale ; elle a des zones de sonorité et des zones de matité. Les crises de diarrhée alternent avec les périodes de constipation. L'état général est atteint.

II. — OCCLUSION COMPLÈTE

Tantôt progressivement installée chez un malade présentant le syndrome de Kœnig, tantôt brusque, l'occlusion complète donne un tableau classique qu'il est inutile de reproduire ici. Les causes sont la sténose par striction progressive, ou l'oblitération de la lumière par une concrétion fécale, un calcul biliaire, un corps étranger.

III. — COMPLICATIONS — ÉVOLUTION

Nous les signalerons sans les décrire. La terminaison habituelle, c'est l'occlusion aiguë, parfois la perforation intestinale par évolution progressive d'une ulcération ; cette ouverture se fait, soit dans la grande cavité, d'où péritonite généralisée (cas de Louis XIII), soit dans un point limité par des fausses membranes, d'où abcès pyostercoral.

Un autre mode de terminaison, c'est la généralisation de la tuberculose : tuberculose pulmonaire, granulie,

On observe également des adhérences nombreuses, qui sont de vraies complications. Des perforations des anses avec ouverture dans un organe voisin : anse intestinale, vessie, vagin.

L'occlusion aiguë par paralysie intestinale, l'invagination ont été observées également.

La durée de l'évolution peut être relativement longue : dans les cas de Margarucci, dix et quinze ans. La guérison spontanée ne peut être espérée, car les lésions fibreuses aggravent, au contraire, l'état du malade.

DIAGNOSTIC

En présence d'une occlusion incomplète on doit se poser les questions suivantes :

Y a-t-il sténose du grêle ?

Y a-t-il une ou plusieurs sténoses ?

Quelle est la nature de l'obstacle ?

Y a-t-il des complications ?

1° Y A-T-IL STÉNOSE DU GRÊLE ?

Elle se révèle par le syndrome de Kœnig, l'interrogatoire serré du malade est assez caractéristique pour permettre d'éliminer les diverses coliques qui n'ont pas le moment d'apparition précis, le siège bien déterminé, la localisation sans irradiation des sténoses tuberculeuses.

L'examen direct permet de reconnaître parfois une tumeur intestinale, que la radioscopie pourra situer avec précision. On reconnaîtra encore la dilatation des anses au-dessus de l'obstacle par le tympanisme et le clapotage.

2° NOMBRE DES STÉNOSES

Ce diagnostic n'est pas facile, seule la répétition des crises douloureuses à intervalles réguliers, les crises de

coliques étagées y feront penser. En tous cas, il est très important de penser à cette multiplicité au cours d'une opération pour ne pas oublier de sténose.

3^o DIAGNOSTIC DE NATURE

S'il n'y a pas de tumeur en éliminant d'abord les rétrécissements congénitaux, qui sont d'ailleurs très rares chez l'adulte.

Le cancer est aussi très rare, l'état général est rapidement altéré. Même la pièce en mains, d'ailleurs, ce diagnostic peut être impossible sans examen histologique.

L'interrogatoire fera parfois penser à une bride péritonéale si le sujet a eu des poussées inflammatoires.

La tuberculose se reconnaît à l'âge du sujet, à la coexistence d'autres lésions tuberculeuses ; la fréquence des sténoses tuberculeuses, comparées aux autres causes, fera souvent pencher le diagnostic en faveur de la bacillose.

S'il y a tumeur, la tuberculose entéro-péritonéale est la plus facile à reconnaître : elle est irrégulière, volumineuse, s'accompagne de matité en damier, de diarrhée sanguinolente souvent, d'altération précoce de l'état général.

Le cancer du grêle forme une toute petite tumeur. Le diagnostic difficile est celui avec les tumeurs du mésentère.

4^o DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

Nous le signalons seulement. Il faut reconnaître l'origine d'une péritonite par perforation, d'un abcès pyostercoral, d'une fistule intestinale, etc.

TRAITEMENT

La guérison spontanée n'est pas à espérer, au contraire l'envahissement fibreux des lésions tuberculeuses aggrave les signes de sténose. Le traitement est donc purement chirurgical et le traitement médical intervient seulement pour relever l'état général et pour atténuer les symptômes fonctionnels par le régime alimentaire.

I. INDICATIONS OPÉRATOIRES

Elles sont de deux ordres : rétablir le cours des matières tout d'abord et, si possible, supprimer la lésion tuberculeuse.

En période d'occlusion aiguë, le traitement s'impose d'urgence et l'état général du sujet dictera la conduite à tenir : opération radicale ou palliative.

II. OPÉRATION

En dehors des crises aiguës, deux méthodes seulement sont à conseiller : l'entérectomie ou les anastomoses. Nous ne dirons qu'un mot de deux opérations à peu près abandonnées : l'anus contre nature et l'entéroplastie.

L'anus contre nature ne donne que de mauvais résultats sur le grêle. On pourra y recourir dans quelques cas si l'état général est très grave, mais ce sera la très grande exception.

L'entéroplastie analogue à la pyloroplastie ne paraît pas présenter d'avantage sur l'entérectomie. En tous cas elle ne peut s'adresser qu'à une sténose unique et purement fibreuse.

L'entérectomie est l'opération de choix quand elle est possible. Encore faut-il que l'anse soit mobile, la lésion peu étendue et le mesentère et ses ganglions peu envahis.

L'entéro-anastomose est simple et rapide, elle convient donc aux lésions étendues, adhérentes, aux formes en évolution avec points caséifiés qu'il est dangereux de manipuler, enfin chez les sujets peu résistants. Cette opération est excellente lorsque le processus tuberculeux est éteint, au contraire dans les formes évolutives elle retarde mais n'empêche pas les lésions d'évoluer. Elle les soustrait, en partie tout au moins, au passage des matières, elle les met au repos et peut parfois ainsi permettre une entérectomie ultérieure.

L'anastomose peut unir deux anses grêles ou une anse grêle avec le gros intestin.

L'exclusion intestinale ne s'applique pas aux tuberculose du grêle (P. Duval).

III. CHOIX DES PROCÉDÉS

Il diffère suivant que l'état général est bon ou très altéré, que les lésions sont limitées ou étendues, que la tuberculose intestinale est isolée ou qu'il y a des adhérences avec les organes voisins.

a) *Lésions limitées, état général bon.* — Il faut alors

CONCLUSIONS

1.) La tuberculose intestinale donne des sténoses dont on peut distinguer plusieurs variétés : rétrécissement cicatriciel, tuberculose hypertrophique, forme entéro-péritonéale, rétrécissements multiples.

2.) M. le professeur Estor a observé un cas extrêmement rare, dans lequel la sténose était due à une néoformation tuberculeuse localisée, obstruant la lumière intestinale à peu près complètement, par bourgeonnement.

3.) La symptomatologie des sténoses tuberculeuses est celle de tous les rétrécissements de l'intestin. Elles se traduisent soit par une occlusion complète, soit plus souvent par une occlusion incomplète, caractérisée par : des crises de coliques, de l'hyperpéristaltisme, des bruits musicaux, des débauches fécales ou gazeuses.

Dans les sténoses multiples, on observe des crises de coliques étagées. La présence d'une tumeur s'observe dans la forme hypertrophique et dans la forme entéro-péritonéale.

4.) Le diagnostic devra résoudre les problèmes suivants : localiser la sténose sur l'intestin grêle ; rechercher s'il y a sténose unique ou s'il y a plusieurs rétrécissements ; rechercher la nature de la sténose ; en reconnaître les complications.

Les indications opératoires sont :

a) rétablir le cours des matières ;

b) supprimer, si possible, la lésion tuberculeuse.

L'opération de choix, c'est l'entérectomie. Si elle n'est pas possible, on aura recours à l'entéro-anastomose.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD et PATEL. — Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. Paris, Masson. (*Encycl. Léauté.*)
- BEZANÇON et LAPOINTE. — La tuberculose intestinale à forme hypertrophique. *Presse Médicale*, 18 mai 1898.
- CHAUVEAU. — Transmission de la tuberculose par les voies digestives. *Soc. de Méd. de Lyon*, 31 janvier 1870.
- Transmission de la tuberculose, expériences nouvelles. *Assoc. Franç. pour l'avancement des sciences*. Lyon, août 1873.
- Infection tuberculeuse par le tube digestif. *Bull. Académie de méd.*, 3 juin 1873.
- COLMAN. — The distribution of tubercle in abdominal tuberculosis. *Brit. Med. Journ.*, 1893.
- DUVAL (Pierre). — *Précis de Pathol. Chir.*, t. III.
- ESTOR, GRYNFELTT et AIMES. — Sténose iléale tuberculeuse. *Soc. Sc. Méd. de Montpellier*, 26 novembre 1920.
- FAUTINO. — Contributo allo Studio delle estese resezioni intestinali, *Gazz. Med. di Torino*, 5 mars 1896.

- GIRODE. — Contrib. à l'étude de l'intestin des tuberculeux. *Thèse Paris*, 1888.
- IGNARL. — Tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. *Thèse de Paris*, 1913.
- ITIÉ. — Tuberculose intestinale hypertrophique. *Thèse de Montpellier*, 1898.
- JABOULAY. — Quatre cas d'occlusion de l'intestin. *Presse Médicale*, 1901.
- KROVER. — Contrib. à l'étude des retrécissements multiples de l'intestin. *Gazeta Bolkina*, 1900.
- MARGARUCCI. — Della tubercolosi intestinale e del suo trattamento chirurgico. *Policlino*, 1898.
- MÖNNIER. — Tuberculose intestinale hypertrophique. *Arch. prov. de Méd.*, 1899.
- PATEL. — Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle ; leur thérapeutique. *Thèse Lyon*, 1901.
- STRAUSS et WURTZ. — Congrès pour l'étude de la tuberculose. Paris, 1888.
- TUFFIER et MARTIN. — Retrécissements et oblitérations de l'intestin grêle. *Arch. Mal. App. Dig. et Nutrition* Mai et juin 1907.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 16 mars 1921
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 16 mars 1921
Le Doyen :
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
